

QUESTIONARIO DE DAÑOS PERSONALES

(Personal Injury Questionnaire)

Nombre: _____

Fecha: _____

ABOGADO

Nombre: _____

Teléfono: () _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

NATURALEZA DEL ACCIDENTE

1. Dueño del vehículo: _____ Estado de la registración: _____

2. Fecha del accidente: _____ Tiempo del día: _____ AM/PM Localidad (estado): RI MA CT Otro: _____

3. En el momento del accidente estaba usted trabajando? () Sí () No

Si contestó sí a la pregunta arriba, llenó ud un informe de daño o un reclamo de compensación? () Sí () No

4. Era usted () Conductor () Pasajero de frente () Pasajero de atrás Derecho / Medio / Izquierdo

5. Numero de personas en su vehículo: _____

6. Llevaban el cinturón de seguridad? () Sí () No

7. Estaba equipado con *Airbags*? () Sí () No Si contestó si, se inflaron? () Sí () No

8. Qué lado de su carro fue pegado: () de atrás () frente () izquierdo () derecho

9. Quedó usted inconsciente? () Sí () No Si es sí, por cuánto tiempo? _____

10. Notificó la policia? () Sí () No

11. Adónde fue usted después del accidente? _____

12. Perdió usted tiempo de su trabajo a causa de este accidente presente? () Sí () No

Si contestó sí, cuándo fue su ultimo día de trabajo? _____

Tipo de empleo: _____